



**University of
Zurich^{UZH}**

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
Main Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2011

Stationär-psychiatrische Behandlungen: Häufigkeit und Veränderungen der Prävalenz über die Lebensspanne.

Lay, B ; Rössler, W

Abstract: Einleitung: Die Studie geht der Frage nach, wie häufig es in verschiedenen Lebensabschnitten zu einer stationärpsychiatrischen Behandlung kommt und wie sich die Behandlungsprävalenzen bei unterschiedlichen psychischen Störungen über die Lebensspanne verändern. Methode: In die Untersuchung wurden alle Patienten im Alter von 15-80 Jahren einbezogen, die im Laufe eines Jahres in einer psychiatrischen Klinik in Behandlung waren (9'637 stationäre Aufnahmen). Für die Analyse wurde die Psychiatriestatistik des Kantons Zürich herangezogen. Die Behandlungsdaten wurden mit Hilfe von Poisson-Regressionsmodellen analysiert. Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass sich, gesamthaft über alle psychischen Störungen gesehen, die Behandlungsprävalenz (1.6 per 10'000) über die Lebensspanne hinweg bei Frauen und Männern kaum ändert. Auf der Ebene umschriebener Störungen unterscheiden sich die Behandlungsprävalenzen von Frauen und Männern bei fast allen psychischen Störungen jedoch signifikant und variieren (störungsspezifisch) mit dem Lebensalter. Bei Männern mit einer Psychoseerkrankung beispielsweise deuten die Ergebnisse auf einen markanten Rückgang der Inanspruchnahme stationärer Behandlung (von 6.1 auf 1.0 per 10'000) ab dem Alter von 30 Jahren hin. Schlussfolgerungen: Die unterschiedlichen Profile der Inanspruchnahme stationärer Behandlung über die Lebensspanne wie auch die beobachteten Geschlechtsunterschiede lassen sich, insbesondere bei schweren, chronischen psychischen Erkrankungen, nicht aus der Erkrankungshäufigkeit in bestimmten Altersabschnitten erklären. Eine weitergehende Evaluation der aktuellen Versorgungssituation ist bei umschriebenen Patientengruppen dringend erforderlich

Other titles: Psychiatric hospitalisation across the life span

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-50002>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Lay, B; Rössler, W (2011). Stationär-psychiatrische Behandlungen: Häufigkeit und Veränderungen der Prävalenz über die Lebensspanne. *Neuropsychiatrie*, 25(2):67-74.

Stationär-psychiatrische Behandlungen: Häufigkeit und Veränderungen der Prävalenz über die Lebensspanne

Barbara Lay und Wulf Rössler

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Forschungsbereich Klinische
und Soziale Psychiatrie

Schlüsselwörter:

Psychische Störungen – stationäre
Behandlung – Behandlungsprävalenz
– Lebensspanne – Psychiatriestatistik

Keywords:

Mental disorder – inpatient psychiatric
treatment – treatment prevalence – life-
span – psychiatric register

Stationär-psychiatrische Behandlungen: Häufigkeit und Veränderungen der Prävalenz über die Lebensspanne

Einleitung: Die Studie geht der Frage nach, wie häufig es in verschiedenen Lebensabschnitten zu einer stationär-psychiatrischen Behandlung kommt und wie sich die Behandlungsprävalenzen bei unterschiedlichen psychischen Störungen über die Lebensspanne verändern. **Methode:** In die Untersuchung wurden alle Patienten im Alter von 15-80 Jahren einbezogen, die im Laufe eines Jahres in einer psychiatrischen Klinik in Behandlung waren (9'637 stationäre Aufnahmen). Für die Analyse wurde die Psychiatriestatistik des Kantons Zürich herangezogen. Die Behandlungsdaten wurden mit Hilfe von Poisson-Regressionsmodellen analysiert. **Ergebnisse:** Die Ergebnisse zeigen, dass sich, gesamthaft über alle

psychischen Störungen gesehen, die Behandlungsprävalenz (1.6 per 10'000) über die Lebensspanne hinweg bei Frauen und Männern kaum ändert. Auf der Ebene umschriebener Störungen unterscheiden sich die Behandlungsprävalenzen von Frauen und Männern bei fast allen psychischen Störungen jedoch signifikant und variieren (störungsspezifisch) mit dem Lebensalter. Bei Männern mit einer Psychoseerkrankung beispielsweise deuten die Ergebnisse auf einen markanten Rückgang der Inanspruchnahme stationärer Behandlung (von 6.1 auf 1.0 per 10'000) ab dem Alter von 30 Jahren hin. **Schlussfolgerungen:** Die unterschiedlichen Profile der Inanspruchnahme stationärer Behandlung über die Lebensspanne wie auch die beobachteten Geschlechtsunterschiede lassen sich, insbesondere bei schweren, chronischen psychischen Erkrankungen, nicht aus der Erkrankungshäufigkeit in bestimmten Altersabschnitten erklären. Eine weitergehende Evaluation der aktuellen Versorgungssituation ist bei umschriebenen Patientengruppen dringend erforderlich.

Psychiatric hospitalisation across the life span

Objective: The study addresses changes in the use of inpatient psychiatric treatment during the life course in various mental disorders. **Methods:** We analysed inpatient admissions from a defined catchment area (1.3 mill. people) over

a 1-year period by means of register data. All patients aged 15-80 referred to a psychiatric hospital in the Canton of Zurich were included in the study (9'637 inpatient admissions). To model effects of age, gender and diagnostic group we used Poisson regression analysis. **Results:** In terms of the *absolute number* of psychiatric admissions, results suggest a peak in middle aged people (30-40 years). Nevertheless, the risk of inpatient psychiatric admission in terms of *treatment prevalence* (1.6 per 10'000 population) remains rather stable over the life course in both genders. On the level of specific mental disorders (ICD-10 main categories), treatment prevalence varies significantly over the life course in all diagnostic groups and, except for organic mental disorders, between both genders. From a life course perspective, data strongly suggest specific profiles of inpatient use in any mental disorder whatsoever, not only in disorders of childhood and adolescence or of ageing. In males with psychotic disorder for instance, use of inpatient treatment decreases significantly (from 6.1 to 1.0 per 10'000) after the age of 30. Only in psychotic disorders there was a significant age-by-gender interaction effect regarding the use of inpatient psychiatric treatment. **Conclusions:** Neither the specific profiles of inpatient use across the life span nor the gender differences can be traced back to the morbidity rates of corresponding disorders at the respective ages, not even in serious chronic mental disorders. The findings there-

fore bear important implications for both clinical practice and health policy. They accentuate the need for efforts to ensure adequate treatment and continuity of care particularly for those patients at the more severe end of the spectrum of mental disorders.

Einleitung

Spätestens seit der Global Burden of Disease Studie der WHO ist das Ausmass der mit psychischen Störungen einhergehenden Gesundheitsbeeinträchtigungen in den Blickpunkt des öffentlichen Interesses gerückt. Wie alle anderen Europäischen Länder ist auch die Schweiz von den Herausforderungen betroffen, die von psychischen Erkrankungen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung ausgehen. Gerade im aktuellen gesundheitspolitischen Kontext, der vom Bemühen um Eindämmung steigender Kosten des Gesundheitswesens geprägt ist, sind versorgungsrelevante epidemiologische Daten daher besonders wichtig.

Als massgeblich für den Versorgungsbedarf gelten in erster Linie die Prävalenzraten psychischer Störungen. Bevölkerungsstudien aus verschiedenen Ländern deuten übereinstimmend auf die hohe Krankheitslast infolge psychischer Störungen hin: Gemäss dieser Daten ist etwa jeder Vierte (26% -29%) der erwachsenen Bevölkerung in Europa, und damit schätzungsweise 83 Millionen Personen, im Zeitraum von einem Jahr von einer psychischen Störung betroffen. Fast jede zweite Person erkrankt mindestens einmal im Laufe ihres Lebens an einer psychischen Störung. Nimmt man den Altersbereich zwischen 18 und 65 Jahren, so bleibt die Erkrankungsprävalenz in dieser Lebensphase in etwa gleich. Frauen erkranken jedoch deutlich häufiger als Männer (33% vs. 22%) an einer psychischen Störung [24].

Neben der Krankheitshäufigkeit ist auch das Ausmass funktioneller Beeinträchtigung, für die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen relevant. Als In-

dikator für psychische und/oder soziale Funktionseinbussen werden beispielsweise krankheitsbedingte Arbeits-Fehlzeiten herangezogen. Hier zeichnet sich in einigen Westeuropäischen Ländern in den letzten Jahren ein steigender Trend von Abwesenheitszeiten aufgrund psychischer Störungen ab [7,8,10,16]. Auch der Anteil von psychischen Störungen an Erwerbsminderungsberentungen ist in den letzten Jahren in fast allen entwickelten Ländern stetig gestiegen [11,17]. In der Schweiz stehen die psychischen Störungen mit über 40% an erster Stelle der Krankheiten, die zu einer Frühberentung führen [5]. Für die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit schweren chronischen psychischen Erkrankungen steht heute eine Vielzahl von Behandlungsangeboten zur Verfügung. Auch wenn die Versorgungssysteme in den meisten Ländern darauf abzielen, die Betroffenen in ihrem natürlichen Lebens- und Arbeitsumfeld zu behandeln und Klinikaufenthalte so weit als möglich zu vermeiden, so gibt es doch Patienten, für die stationär-psychiatrische Klinikaufenthalte zeitweilig indiziert sind: für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen und akutem Behandlungsbedarf, ausgeprägter Symptomatik, akuter Selbst- oder Fremdgefährdung, einer besonderen Problemstellung oder sozialer Betreuungsbedürftigkeit.

Verschiedene Studien zeigen, dass der Grad der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen mit dem Schweregrad einer psychischen Erkrankung korreliert [4,13,25]. Grundsätzlich wird eine Behandlung auch eher durchgeführt, wenn mehr als eine psychische Störung bei einer Person identifiziert worden ist [3]. Dennoch weisen verschiedene repräsentative Bevölkerungsstudien übereinstimmend darauf hin, dass nur wenige Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose tatsächlich eine Behandlung erhalten (22%-68% [22]; 36% [23]). Ein Grossteil der schweren psychischen Störungen wird, gemäss einer Sekundäranalyse, in die 124 Studien einbezogen wurden, nicht erkannt oder über Jahre hinweg nicht adäquat,

oft nur (allgemein-)medizinisch behandelt [1].

Versorgungsepidemiologische Daten können hier relevante Informationen darüber liefern, welche Personen mit welcher Form der Gesundheitsversorgung tatsächlich erreicht werden und welche Patientengruppen von den durch ökonomische Einflüsse und Managementstrategien veränderten Strukturen des psychiatrischen Versorgungssystems (z.B. der Verkürzung stationärer Behandlungsepisoden; der Verkleinerung psychiatrischer Einrichtungen) zuerst und besonders betroffen sind.

Nach wie vor basieren versorgungsrelevante epidemiologische Daten hauptsächlich auf querschnittlichen Ansätzen. In Analogie zur Entwicklungspsychopathologie, die die Entstehungsbedingungen und Entwicklungsverläufe psychischer Störungen nachzeichnet um die Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren besser verstehen und künftige Entwicklungen besser prognostizieren zu können [6], könnten jedoch auch in der Versorgungsforschung wesentliche Erkenntnisse aus einer altersdifferenzierten, lebensgeschichtlichen Perspektive gewonnen werden. Wie häufig psychische Beeinträchtigungen, die von einer Schwere sind, dass sie sich in Behandlungsbedürftigkeit niederschlagen, über die Lebensspanne hinweg auftreten, kann allerdings nicht ohne weiteres aus den (rohen) Behandlungsraten abgeleitet werden, sondern lässt sich nur vor dem Hintergrund der jeweiligen Bevölkerungsstruktur sinnvoll interpretieren.

Mit dieser deskriptiv epidemiologischen Studie sollen daher Erkenntnisse darüber gewonnen werden, wie sich die Behandlungsprävalenzen von Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen über die Lebensspanne verteilen: Untersucht werden soll für eine gesamte Versorgungsregion, wie viele Personen stratifiziert nach Alter und Geschlecht aufgrund einer bestimmten psychischen Störung jeweils aktuell in einer psychiatrischen Klinik behandelt werden. Die Studie geht damit der Frage nach, wie sich das Risiko einer stationär-psychiatrischen Behandlung vom

Jugendalter bis ins höhere Lebensalter verändert.

Methode

In die Untersuchung werden alle Patient/innen im Alter von 15-80 Jahren mit Wohnsitz im Kanton Zürich, Schweiz einbezogen, die im Laufe eines Jahres in einer psychiatrischen Klinik behandelt wurden. Für die Analyse wird die Psychiatriestatistik PSYREC herangezogen, in der die Basisdaten aller Behandlungsfälle sämtlicher psychiatrischen Institutionen des Kantons Zürich, einer Versorgungsregion von etwa 1.3 Mill. Einwohnern, erfasst sind [18].

Alle Patient/innen wurden nach Diagnoseklassen (ICD-10 Hauptklassen) gruppiert. Störungen, die zahlenmässig nicht sehr häufig vertreten waren, wurden zur Kategorie „Andere Störungen“ zusammengefasst (neurotische-, überwiegend Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen und Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter). Aus Gründen ihrer geringen Vorkommenshäufigkeit zu einer Gruppe zusammengefasst wurden ebenfalls Intelligenzminderungen und organische psychische Störungen.

Da mit der Zahl stationärer Eintritte nur ein Aspekt der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen erfasst wird, wurden für die umschriebenen Diagnosegruppen „Patienten-Jahre in Behandlung“ bestimmt. „Patienten-Jahre in Behandlung“ ist bezogen auf Personen einer Diagnosegruppe die Summe der Zeiten, die sie innerhalb des betrachteten Studienjahres in stationärer Behandlung waren. Mit dieser Grösse, in die sowohl die Zahl als auch die Dauer eingehen, kann die Intensität der Inanspruchnahme stationärer Behandlung beschrieben werden.

Zur Schätzung der Behandlungsprävalenz werden die ermittelten Patienten-Jahre auf die Bevölkerung des Kantons Zürich umgerechnet (Standardisierung nach Geschlecht und Altersgruppe) [20]. Die Behandlungsprävalenz ist so-

mit als Anteil der Personen an der Gesamtpopulation interpretierbar, die an einem beliebigen Tag im betrachteten Studienjahr in stationär-psychiatrischer Behandlung war.

Für die statistische Analyse der Behandlungsprävalenz in den umschriebenen Diagnosegruppen wurden Poisson-Regressionsmodelle herangezogen. Damit lässt sich die Wahrscheinlichkeit stationär-psychiatrischer Behandlung für Männer und Frauen und in Abhängigkeit des Alters quantifizieren.

Ergebnisse

Im Untersuchungszeitraum von einem Jahr wurden in den 10 Kliniken der Versorgungsregion insgesamt 9'637

stationäre Eintritte registriert (4'753 Frauen; 4'884 Männer). Betrachtet man zunächst die absolute Patientenzahlen, so ergibt sich die aus der Versorgungsforschung bekannte Altersverteilung (Abbildung 1): Die meisten Patientinnen und Patienten, die man in einer stationär-psychiatrischen Behandlung vorfindet, sind in ihrer Lebensmitte, im Alter zwischen 30 und 40 Jahren. Eine ganz ähnliche Kurve ergibt sich, wenn anstelle der Aufnahmen in die Klinik die Entlassungen in einem gegebenen Jahr betrachtet werden. Abbildung 2 gibt die prozentualen Anteile, die auf verschiedene psychische Störungen entfallen, bezogen auf das jeweilige Alter wieder. Die prozentualen Anteile wurden auf der Basis von Patienten-Jahren ermittelt, d.h. der Summe der Pflegetage, die auf eine Altersgruppe

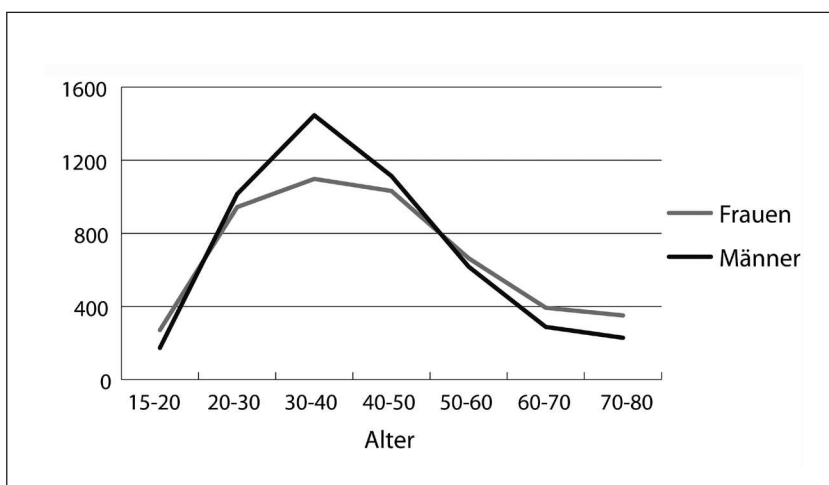


Abbildung 1: Zahl der Eintritte in psychiatrische Kliniken im Kanton Zürich, nach Alter

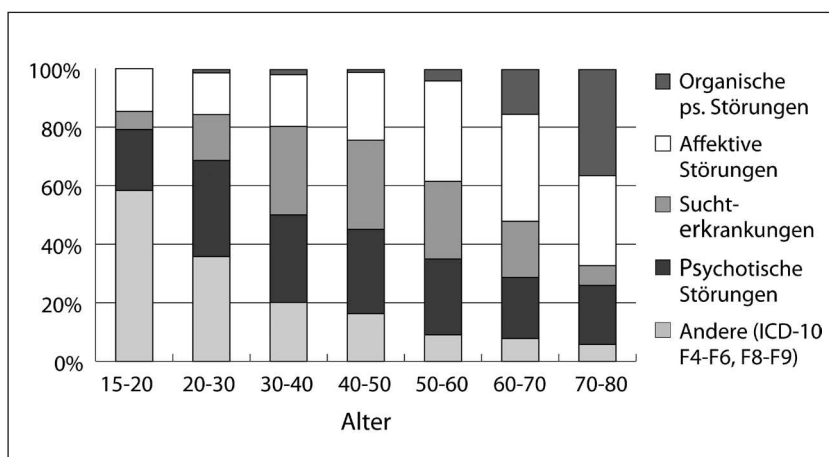


Abbildung 2: Anteil psychischer Störungen (Patienten-Jahre), nach Alter

und Diagnosegruppe entfallen. Die Zunahme der "Organischen Störungen" im Alter ist vor allem auf Demenzerkrankungen zurückzuführen, die in diese Diagnosekategorie eingehen. Der mit zunehmendem Alter sinkende Anteil "Anderer Störungen" bezieht sich insbesondere auf neurotische sowie Störungen des Kindes- und Jugendalters.

Für eine Zustandsbeschreibung der Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung ist allerdings die Behandlungsprävalenz aussagekräftiger, mit der auch die demografische Struktur der Ausgangsbevölkerung berücksichtigt wird. Abbildung 3 zeigt den alters- und geschlechtsbezogenen Anteil an der Bevölkerung im Kanton Zürich, der ausdrückt, wie viele Frauen und Männer in einem bestimmten Alter durchschnittlich im Untersuchungszeitraum eines Jahres in einer psychiatrischen Klinik behandelt wurden. Bezogen auf die Altersgruppe der 30-40-Jährigen waren dies beispielsweise 1.4 von 10'000 Frauen und 1.8 von 10'000 Männern.

Die bevölkerungsbezogene Betrachtung zeigt somit im Unterschied zu den absoluten Patientenzahlen, dass sich das Risiko einer schweren psychischen Beeinträchtigung, die eine stationär-psychiatrische Behandlung erforderlich macht, über alle psychischen Erkrankungen gesehen, im Erwachsenenalter nur wenig ändert: Insgesamt waren 1.6 von 10'000 Personen zwischen 20 und 80 Jahren an einem beliebigen Tag im Untersuchungszeitraum in stationärer Behandlung (Frauen: 1.4-1.9 per 10'000; Männer: 1.0-1.9 per 10'000).

Je nach psychischer Störung ergeben sich jedoch über die Lebensspanne hinweg sehr unterschiedliche "Prävalenz-Profile". Ausgeprägt altersbezogene Entwicklungen finden sich selbstverständlich für die Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters und der organischen psychischen Störungen (beide Diagnosegruppen grafisch nicht dargestellt): Während die Behandlungsprävalenz von Störungen des Kindes- und Jugendalters in der stationären Psych-

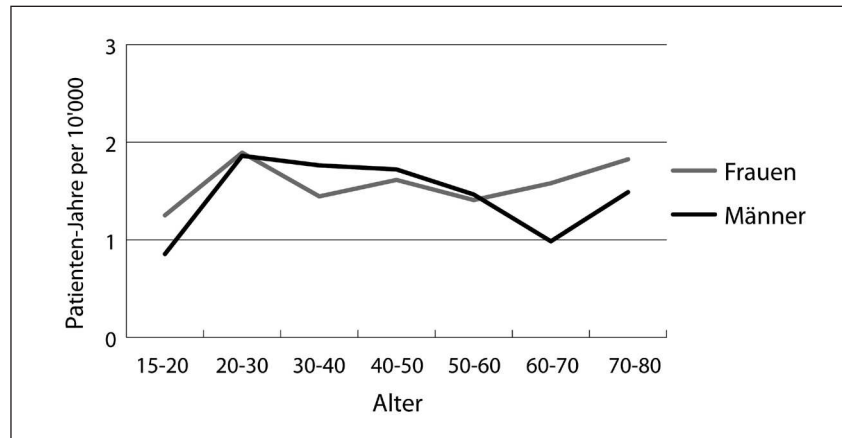


Abbildung 3: Behandlungsprävalenz psychischer Störungen (Gesamt)

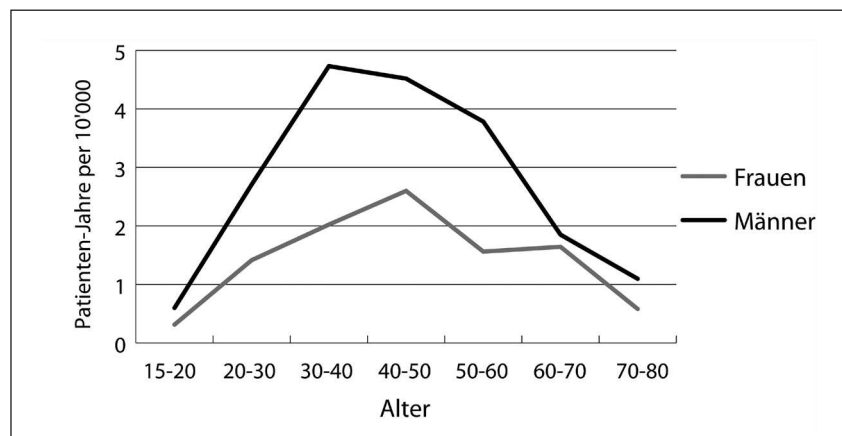


Abbildung 4: Behandlungsprävalenz Suchterkrankungen (ICD10-F1)

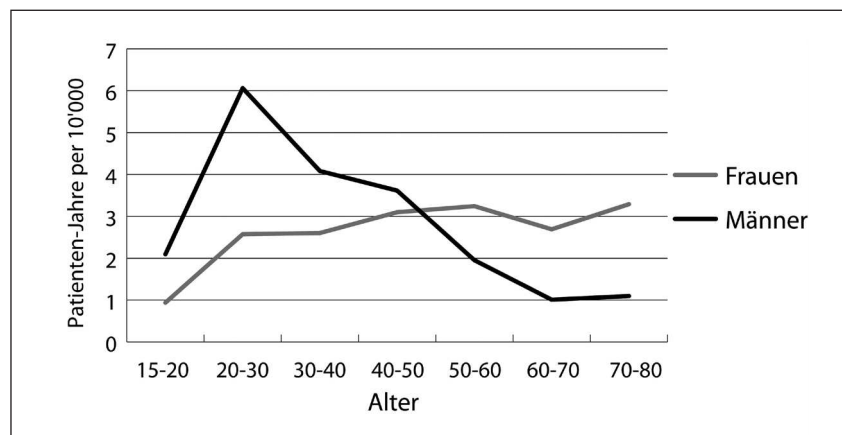


Abbildung 5: Behandlungsprävalenz psychotische Störungen (ICD10-F2)

iatrie mit zunehmendem Alter immer geringer wird, weisen die organischen psychischen Störungen (grösstenteils dementielle Erkrankungen) einen entgegengesetzten altersbezogenen Trend auf. Hier finden wir einen exponentiellen Anstieg der Behandlungsprä-

valenzen ab einem Alter von 60 Jahren (bei Frauen von 0.5 auf 3.7; bei Männern von 0.4 auf 5.2; jeweils per 10'000).

Aber nicht nur bei offensichtlich altersabhängigen Störungen zeigen sich markante Veränderungen der Inan-

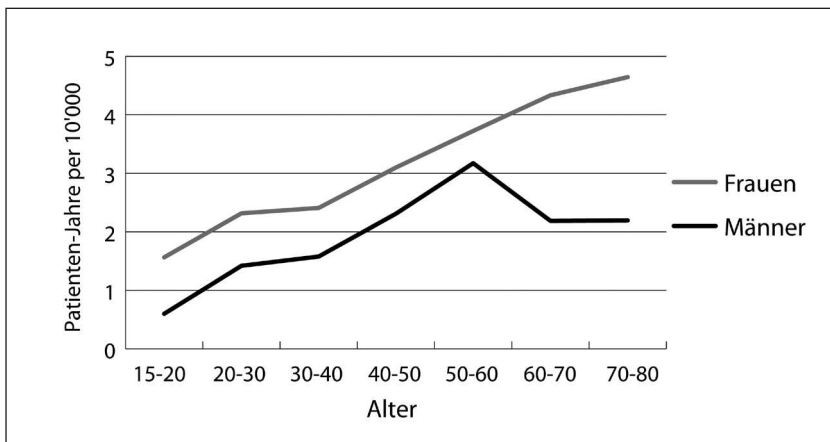


Abbildung 6: Behandlungsprävalenz affektive Störungen (ICD10-F3)

spruchnahme stationär-psychiatrischer Behandlung in Abhängigkeit vom Alter. Bemerkenswert erscheint, dass auch bei Suchterkrankungen (Abbildung 4), psychotischen Störungen (Abbildung 5) und affektiven Störungen (Abbildung 6) die Behandlungsraten mit dem Alter variieren, sodass sich jeweils altersspezifische Profile ergeben. So steigt die Behandlungsprävalenz der affektiven Störungen bei Frauen bis zum Alter von 80 Jahren (4.6 per 10'000; ältere Personen wurden nicht erfasst) und bei Männern bis zum Alter von 60 Jahren (3.2 per 10'000) stetig an. Bei Suchterkrankungen finden wir bei beiden Geschlechtern einen invers u-förmigen Verlauf mit einer maxima-

len Behandlungsrate der Männer im Alter von 30-40 Jahren (4.7 per 10'000) und der Frauen im Alter 40-50 (2.6 per 10'000). Psychoseerkrankungen hingegen lassen nur bei Frauen einen Anstieg der Behandlungsprävalenz über die Lebensspanne erkennen (70-80 Jahre: 3.3 per 10'000), während bei Männern nach einem Peak im Alter von 20-30 (6.1 per 10'000) die Behandlungsprävalenz deutlich sinkt.

Betrachtet man den Einfluss von Alter und Geschlecht innerhalb der einzelnen Diagnosekategorien, so sind die Behandlungsprävalenzen bei "Suchterkrankungen", "Affektiven Störungen" und "Anderen Störungen" für Frauen

und Männer unterschiedlich (Tabelle 1, Haupteffekt Geschlecht). Allein bei "Psychotischen Störungen" beobachten wir darüber hinaus eine gegenläufige Entwicklung der Behandlungsprävalenzen von Frauen und Männern über die Lebensspanne hinweg (Tabelle 1, Interaktionseffekt Alter*Geschlecht).

Diskussion

Die in dieser Arbeit vorgestellten Ergebnisse beschreiben das Ausmass der Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung im Alter von 15-80 Jahren. Die Ergebnisse können als eine Vollerhebung einer gesamten Versorgungsregion über den Zeitraum eines Jahres angesehen werden. Dennoch müssen bei der Interpretation dieser Daten einige Einschränkungen gemacht werden.

Da die Studie auf administrativen Daten basiert, sind die zur Verfügung stehenden Informationen in mancher Hinsicht begrenzt. So lassen sich beispielsweise keine Aussagen darüber formulieren, ob eine stationäre Behandlung in der jeweiligen Lebenssituation der Betroffenen eine notwendige, dem Störungsbild angemessene Form der Behandlung war und wie der Behand-

	Alter		Geschlecht		Interaktion Alter*Geschlecht	
	Chi ² (6 df)	p	Chi ² (1 df)	p	Chi ² (6 df)	p
Suchterkrankungen	15.77	0.02	7.32	0.007	2.81	0.83
Psychotische Störungen	6.95	0.33	0.08	0.78	27.55	0.0001
Affektive Störungen	13.69	0.03	11.24	0.0008	2.96	0.81
Organische psychische Störungen	57.69	0.0001	0.00	1.00	1.74	0.94
Andere	82.36	0.0001	4.24	0.04	6.03	0.42

Poisson-Regression (Ergebnisse der Analysen für die jeweilige Störung)

Tabelle 1: Alter und Geschlecht als Einflussfaktoren auf die Prävalenz stationär-psychiatrischer Behandlung bei umschriebenen psychischen Störungen

lungserfolg für die Patienten einzuschätzen ist. Vor dem Hintergrund der Versorgungssituation im Kanton Zürich kann die Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung allerdings, anders als in manchen anderen Ländern, kaum auf mangelnde ambulante Angebote zurückgeführt werden: Sowohl hinsichtlich der Ausgaben für die psychiatrische Versorgung als auch der Auffächerung der Angebote nimmt die Schweiz im weltweiten Vergleich einen der vordersten Plätze ein [9] und verfügt über etwa doppelt so viele Psychiater in ambulanter Praxis wie Deutschland [12]. Dabei ist Zürich (1.08 Mill. Einwohner im Alter von >20 Jahren) mit 648 niedergelassenen oder im ambulanten Sektor im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie tätigen Psychiater/innen der Kanton mit der höchsten Dichte von Spezialärzten [21]. Der Schwerpunkt niedergelassener Psychiater liegt allerdings in der Psychotherapie weniger schwer erkrankter oder zumindest solcher psychisch kranker Menschen, die keinen multidisziplinären Hilfebedarf haben.

Als weitere grundsätzliche Einschränkung der Verwendung stationärer Inanspruchnahmedaten ist zu berücksichtigen, dass sie keine Auskunft darüber geben können, wie viele Personen trotz psychischer Störung oder Beeinträchtigung keinerlei Behandlung oder psychosoziale Versorgung erhalten.

Gezeigt werden kann anhand dieser Daten jedoch, wie viele Personen in der Bevölkerung (an einem beliebigen Tag) in einer psychiatrischen Klinik anzutreffen sind und damit nicht in ihrer familiären Umgebung und nicht am Erwerbsleben teilnehmen. Darüber hinaus ergeben sich aus der Betrachtung der Behandlungsprävalenzen über die gesamte Lebensspanne des Erwachsenenalters folgende Schlussfolgerungen:

1. Gesamthaft über alle psychischen Störungen weisen die Behandlungsprävalenzen bis zu einem Alter von 60 Jahren kaum auf Unterschiede zwischen Männern und Frauen hin. Erst in einem höheren Alter sind Männer seltener in einer stationär-psychiatrischen Behandlung anzutreffen als Frauen. Der

beobachtete Rückgang von Männern in den höheren Altersgruppen (Abbildung 3) lässt sich nicht auf die geringere Lebenserwartung von Männern in der Bevölkerung zurückführen: da die zugrunde liegenden Prävalenzraten geschlechts- und altersgruppenspezifische Anteile, bezogen auf die Bevölkerung im Kanton Zürich, wiedergeben, kann ein solcher Effekt nicht durch die demografische Struktur der Bevölkerung bedingt sein.

Vergleicht man die Behandlungsprävalenzen mit der Prävalenz psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung, so ergibt sich eine deutliche Diskrepanz. Verschiedene repräsentative nationale Bevölkerungssurveys lassen übereinstimmend auf höhere Prävalenzraten bei Frauen im Vergleich zu Männern schliessen. So liegt die aus 27 Europäischen Studien ermittelte 12-Monats-Prävalenzrate einer psychischen Störung (18-65 Jahre; DSM-IV-Diagnosen) bei Frauen bei 33.2% im Vergleich zu 21.7% bei Männern [24]. Auch die Krankheitslast infolge psychischer Erkrankungen ist bei Frauen mit Ausnahme von alkohol- und drogenbedingten Störungen durchweg höher als bei Männern [2]. Die ungleichen stationären Behandlungsprävalenzen lassen sich daher nicht durch einen geringeren Behandlungsbedarf der Frauen erklären; sie deuten vielmehr darauf hin, dass sich der aufgrund von Bevölkerungssurveys immer wieder konstatierte nicht gedeckte Versorgungsbedarf [23] geschlechtsspezifisch niederschlägt und Frauen offenbar stärker trifft als Männer.

2. Es ist naheliegend, dass sich die Behandlungsprävalenz bei offensichtlich altersabhängigen Störungsformen, wie Störungen des Kindes- und Jugendalters oder organischen psychischen Störungen, die die Diagnosekategorie der Demenzerkrankungen umfassen, in Abhängigkeit vom Lebensalter stark variiert. Betrachtet man einzelne Diagnosekategorien so fällt jedoch auf, dass sich bei allen anderen Diagnosekategorien die Wahrscheinlichkeit einer stationär-psychiatrischen Behandlung über die Lebensspanne ebenfalls markant ver-

ändert (signifikante Alterseffekte in der Regressionsanalyse). Die über die Lebensspanne hinweg ermittelten spezifischen Behandlungs-Profile lassen jedoch für keine der Diagnosekategorien einen gleichsinnig verlaufenden Zusammenhang zu den in der Literatur beschriebenen *Erkrankungsprävalenzen* in bestimmten Altersabschnitten [24] erkennen. So ist beispielsweise die markante Abnahme der stationären Behandlungsraten insbesondere der Männer aus der altersspezifischen Vorkommenshäufigkeit von Suchterkrankungen, die eher ein Ansteigen von Suchtproblemen erwarten lassen, nicht erklärbar. Zwar wird die Wahrscheinlichkeit, eine Behandlung aufzusuchen, nicht allein vom klinischen Schweregrad oder der Remissionshäufigkeit einer psychischen Störungen bestimmt, sondern diagnosespezifisch von unterschiedlichen Faktoren wie sozialen Hintergrundfaktoren, Krankheitseinsicht oder der Behandlungsbereitschaft der Betroffenen beeinflusst. Gerade die zuletzt erwähnten Gesichtspunkte werfen jedoch die Frage auf, ob überhaupt und wenn ja, welche anderen Therapieverfahren Menschen mit einer Suchterkrankung in der zweiten Lebenshälfte alternativ zu einer stationär-psychiatrischen Behandlung in Anspruch nehmen.

3. Ein weiterer bemerkenswerter Befund ergibt sich bezüglich der Behandlungsprävalenz psychotischer Störungen. Psychosen gehen vielfach, und mehr als irgendeine andere psychische Erkrankung, mit einem hohen Ausmass an überdauernden Beeinträchtigungen und sozialer Behinderung einher. Sie zählen daher zu den Störungen, die vergleichsweise selten (nicht diagnostiziert und) unbehandelt bleiben [22]. Häufig wird die Diagnose einer Schizophrenie sogar mit einer überproportionalen Inanspruchnahme medizinischer Versorgung assoziiert (sog. "heavy use").

Da die vorliegende Analyse auf "Patienten-Jahren" in Behandlung basiert, könnte eine sinkende Intensität der Inanspruchnahme von Behandlung prinzipiell Ausdruck einer Verkürzung stationärer Behandlungszeiten wie

auch einer geringeren Zahl stationärer Aufnahmen (jeweils innerhalb der Gruppe von Patienten gleichen Alters, Geschlechts und gleicher Diagnose) sein. Es kann jedoch gezeigt werden, dass der in dieser Diagnosegruppe gefundene Interaktionseffekt zwischen Alter und Geschlecht nicht aus einer unterschiedlichen Behandlungsdauer bei Frauen und Männern mit schizophrenen Störungen resultiert. Vielmehr sind die über die Lebensspanne unterschiedlich verlaufenden Trends der Behandlungsprävalenzen von Frauen und Männern darauf zurückzuführen, dass die Zahl der Männer mit psychotischen Störungen, die zur stationären Behandlung aufgenommen werden, ab einem Alter von 30 Jahren überproportional (von 6.1 auf 1.0 per 10'000) sinkt. Ein derart markanter Rückgang der Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Behandlung über die Lebensspanne wird bei keiner anderen psychischen Störung beobachtet und lässt sich nicht durch Erkrankungs- oder Remissionsraten der Psychosen erklären, die ein Überwiegen männlicher Patienten in dieser Diagnosegruppe erwarten lassen [15]. Selbst wenn man berücksichtigt, dass sich die gemeindepsychiatrischen (incl. der psychopharmakologischen) Behandlungsmöglichkeiten für Psychoseerkrankungen zunehmend verbessert haben, so dass Klinikaufenthalte heute vielfach vermieden werden können, so ist doch kaum zu erwarten, dass diese sich geschlechtsspezifisch in derart unterschiedlichen Trends der stationären Behandlungsraten niederschlagen und dass psychoseerkrankte Männer damit (d.h. in ambulanten Settings) im höheren Lebensalter besser erreicht werden.

Die Gründe für den markanten Rückgang der Behandlungsraten der Männer mit einer psychotischen Störung mit zunehmendem Alter können im Rahmen dieser Studie, d.h. auf der Basis der vorliegenden Daten, nicht erschöpfend geklärt werden. Es fällt jedoch auf, dass es sich um jene Diagnosegruppe handelt, die vom Bettenabbau psychiatrischer Krankenhäuser mehr als andere betroffen war: ihr Anteil an

Klinikpatienten im Kanton Zürich ist in den letzten 20 Jahren kontinuierlich von 40% auf 20% gesunken, während andere Diagnosegruppen in der gleichen Zeit einen Anstieg verzeichneten (depressive Störungen beispielsweise auf das Doppelte [14]). Dies weist auf eine erhebliche Umverteilung der Behandlungsressourcen hin, die sich allerdings nicht, wie epidemiologische Daten belegen, aus veränderten Morbiditätsraten und damit einem geringeren Versorgungsbedarf bei Psychoseerkrankungen ableiten lässt.

Insgesamt geben diese Daten einen Überblick darüber, in welcher Lebensphase Menschen mit psychischen Problemen eine stationär-psychiatrische Behandlung in Anspruch nehmen. Damit bilden sie eine notwendige Informationsgrundlage zur Beurteilung der aktuellen Versorgungspraxis, auf deren Basis Behandlungsmöglichkeiten optimiert oder neue Versorgungsstrategien entwickelt werden können. Gleichzeitig werfen sie eine Reihe von Fragen auf, die insbesondere die eher chronisch verlaufenden psychischen Störungen mit einem komplexen Versorgungsbedarf (Patienten mit psychotischen wie auch mit Suchterkrankungen) betreffen. Gegenwärtig kann nur spekuliert werden, ob diese Patienten im Laufe ihres Lebens vermehrt andere Behandlungssettings aufsuchen und inwieweit sie eine adäquate Behandlung erhalten. Weitere, auf diese Patientengruppen fokussierende Forschung ist hier dringend erforderlich, da ein hohes Risiko besteht, dass gerade diese Patienten sich von den "Komm-Strukturen" ambulanter Behandlungsangebote nicht angesprochen fühlen und somit für Behandlung bereits ab einem frühen Alter von 30-40 Jahren möglicherweise nicht mehr erreicht werden.

Diese Ergebnisse sollten Fachpersonen die in der sozialen und psychiatrischen Versorgung tätig sind dazu veranlassen, ihre Aufmerksamkeit stärker auf jene Personen zu richten, die auf eine stützende psychotherapeutische Begleitung und Rückfallprophylaxe besonders angewiesen und ohnehin vielfach sozial benachteiligt sind. Dringend erforder-

lich erscheint aber auch eine weitergehende Evaluation der aktuellen Versorgungssituation sowie der Bedingungen der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten und der Behandlungskontinuität. Für eine vergleichende Beurteilung der Versorgungssituation wären entsprechende Zahlen aus anderen Versorgungsregionen oder Ländern wertvoll.

Interessenskonflikt

Es besteht kein Interessenskonflikt.

Literatur

- [1] Baltensperger C., Grawe K.: Psychotherapie unter gesundheitsökonomischem Aspekt. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 30 (1), 10-21 (2001).
- [2] Baune B.T., Arolt V.: Psychiatrische Epidemiologie und Bevölkerungsmedizin. Prinzipien der Versorgungsforschung. Nervenarzt 76, 633-646 (2005).
- [3] Bebbington P.E.: The need for psychiatric treatment in the general population, In: Andrews G., Henderson S. (eds): Unmet need in psychiatry. Problems, resources, responses. Cambridge University Press, Cambridge 2000, 85-96.
- [4] Bijl R.V., de Graaf R., Hiripi E., Kessler R.C., Kohn R. et al.: The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. Health Aff. 22, 122-133 (2003).
- [5] Bundesamt für Sozialversicherung BSV (2010) Statistiken zur Sozialen Sicherheit. IV-Statistik 2009 Tabellenteil. BSV: Bern
- [6] Glaesmer H., Petermann F., Schüssler G.: Zur entwicklungspsychopathologischen Perspektive in der aktuellen psychosozialen Forschung. Eine bibliometrische Analyse dreier deutschsprachiger Zeitschriften. Psychiatrische Praxis 36, 311-316 (2009).
- [7] Henderson M., Glozier N., Holland Elliott K.: Long term sickness absence, British Medical Journal 330, 802-803 (2005).
- [8] Hensing G., Andersson L., Brage S.: Increase in sickness absence with psychiatric diagnosis in Norway: a general population-based epidemiologic study of age, gender and regional distribution, BMC Medicine 4, 19 (2006).

- [9] Jäger M., Sobocki P., Rössler W.: Cost of disorders of the brain in Switzerland: with a focus on mental disorders. *Swiss Medical Weekly* 138 (1-2), 4-11 (2008).
- [10] Järvisalo J., Andersson B., Boedeker W., Houtman I.: Mental Disorders as a Major Challenge in Prevention of Work Disability Experiences in Finland, Germany, the Netherlands and Sweden. The Social Insurance Institution Finland, Social security and health reports 66, Helsinki (2005).
- [11] Karpansalo M., Kauhanen J., Lakka T.A., Manninen P., Kaplan G.A., Salonen J.T.: Depression and early retirement: prospective population based study in middle aged men. *Journal of Epidemiology and Community Health* 59 (1), 70-74 (2005).
- [12] Kuhl H.-C., Herdt J.: Stationäre psychiatrische Inanspruchnahme in der Schweiz. Eine epidemiologische Auswertung der Medizinischen Statistik. Arbeitsdokument 28. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). Neuchâtel (2007).
- [13] Lay B., Lauber C., Rössler W.: Prediction of in-patient use in first-admitted patients with psychosis. *European Psychiatry* 21, 401-409 (2006).
- [14] Lay B., Nordt C., Rössler W.: Trends in psychiatric hospitalisation of people with schizophrenia: A register-based investigation over the last three decades. *Schizophrenia Research* 97, 68-78 (2007).
- [15] Messias E., Chen C.-Y., Eaton W.W.: Epidemiology of Schizophrenia: Review of Findings and Myths. *Psychiatr Clin North Am* 30(3), 323-338 (2007).
- [16] Moncrieff J., Pomerleau J.: Trends in sickness benefits in Great Britain and the contribution of mental disorders, *Journal of Public Health Medicine* 22, 59-67 (2000).
- [17] Mykletun A., Overland S., Dahl A.A. et al.: A Population-Based Cohort Study of the Effect of Common Mental Disorders on Disability Pension Awards. *American Journal of Psychiatry* 163 (8), 1412-1418 (2006).
- [18] PSYREC: Psychiatristatistik der Forschungsgruppe Public Health (2007). <http://www.pmh.unizh.ch/index.htm>
- [19] Regier D.A., Narrow W.E., Rupp A. et al.: The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry* 50, 85-94 (1993).
- [20] Statistisches Jahrbuch des Kantons Zürich 2007. 17. Ausg. Statistisches Amt des Kantons Zürich, Zürich (2006).
- [21] Swiss Medical Association FMH (2010) <http://www.fmh.ch/themen/aerztedemographie/aerztestatistik.html>
- [22] Thornicroft G., Rose D., Mehta N.: Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? *Advances in psychiatric treatment* 16, 53-59 (2010).
- [23] Wittchen H.-U., Jacobi F.: Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheitsveys 1998. *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz* 44, 993-1000 (2001).
- [24] Wittchen H.-U., Jacobi F.: Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 15, 357-376 (2005).
- [25] WHO World Mental Health Survey Consortium: Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 291 (21), 2581-2590 (2004).

PD Dr. Barbara Lay
 Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
 Forschungsbereich Klinische und Soziale
 Psychiatrie
barbara.lay@bli.uzh.ch